

Contribution à l'étude
du
Dépistage de la dystocie
en Algérie

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1939
par

AIT SI AHMED MOHAMMED

Né le 6 Février 1910 à Michelet (Alger)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er} âge</i>	Président
BENHAMOU, <i>Professeur d'Hygiène, Hydrologie et Climatologie</i>	Juges
KEHL, <i>Agrégé (Histologie et Embryologie)</i>	
EZES, <i>chargé des fonctions d'agrégé (Obstétrique)</i> ..	

Contribution à l'étude
du
dépistage de la dystocie
en Algérie

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1939

par

AIT SI AHMED MOHAMMED

Né le 6 Février 1910 à Michelet (Alger)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er} âge</i>	Président
BENHAMOU, <i>Professeur d'Hygiène, Hydrologie et Climatologie</i>	Juges
KEHL, <i>Agrégé (Histologie et Embryologie)</i>	
EZES, <i>chargé des fonctions d'agrégé (Obstétrique)</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN.....	{	MM. LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
DOYEN HONORAIRE.....		HERAIL (☞. I. ☞)
ASSESSEUR.....		COSTANTINI (0.*☞I. 0)

PROFESSEURS

Clinique médicale	AUBRY (0. ☞. ☞. I. ☞)
Clinique gynécologique.....	CABANES (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (0.*☞I. ☞)
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (I.☞.0.0.*☞)
Clinique médicale et hygiène infantile.....	GILLOT (I. ☞)
Médecine légale	GIRAUD (0. ☞. ☞. I. ☞)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (0. ☞. ☞. I. ☞)
Anatomie	LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEBON (0. ☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LOMBARD (*☞I. ☞)
Chimie biologique et médicale.....	GIBERTON, (I. ☞)
Pharmacie	MUSSO (*I. ☞)
Bactériologie	PINOY (*I. ☞)
Clinique psychiatrique.....	POROT (I. ☞)
Physique médicale.....	PORTES (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie pathologique.....	MONTPELLIER (I. ☞)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	RAYNAUD (☞. ☞. I. ☞)
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (☞I. ☞)
Physiologie	TOURNADE (0. ☞. ☞. I. ☞)
Histologie et Embryologie.....	COURRIER (*☞I. ☞)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.....	WUNSCHENDORFF (I. ☞)
Clinique ophtalmologique.....	TOULANT(*☞. ☞.)
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	BENHAMOU (*☞A. ☞)

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (☞. ☞. I. ☞)	WEBER (*☞I. ☞)	HERAIL (☞. I. ☞)
---------------------	----------------	------------------

PROFESSEURS SANS CHAIRE

HOUEL (☞ ☞ I. ☞) Agrégé pérennisé (chargé de l'enseignement des élèves sages-femmes)
RIBET (*☞ A. ☞) Agrégé pérennisé (Anatomie)

CHARGES DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MM. ABOULKER (☞. ☞. I. ☞)
--	---------------------------

AGREGES

Médecine	LACROIX (A. ☞)
Histologie	N...
Chirurgie	SABADINI
Obstétrique	MOGGI (*I. ☞)
Anatomie pathologique.....	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique.....	ROQUES (I. ☞)
Pharmacie	MONNET

AGREGES LIBRES

Physiologie	BATTEZ.
Chirurgie	FERRARI (I. ☞)
	DUBOUCHER (I. ☞)

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE AMOKRANE

A MA MERE

A MON FRERE ABDELAZIZ

*Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LAFFONT

*Professeur de Clinique obstétricale
et Puériculture du 1^{er} âge*

*Vous avez bien voulu nous faire
l'honneur de nous confier le sujet
de cette thèse et de présider notre
jury.*

*Pour l'amabilité avec laquelle
vous nous avez toujours accueilli
dans votre service, pour votre pré-
cieux enseignement, veuillez croire
à notre profonde et respectueuse re-
connaissance.*

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENHAMOU

Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie et Climatologie

Vous avez bien voulu nous recevoir dans votre service. Nous n'oublierons jamais votre enseignement, remarquable de précision et de clarté. Durant notre maladie, vous nous avez soigné avec dévouement.

Veillez trouver ici le faible témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ KEHL

(Histologie et Embryologie)

Nous nous souviendrons toujours de l'amabilité, de la simplicité avec lesquelles vous nous avez toujours aidé au cours des séances d'histologie pratique.

Nous vous prions de croire à notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EZES

chargé des fonctions d'agrége (Obstétrique)

Vous avez bien voulu accepter d'être notre juge. Au cours de notre stage à la Maternité, vous avez été pour nous un Maître simple et affable.

Veillez croire à notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHEBATH

Chef de clinique obstétricale et puériculture du 1^{er} âge

*Pour vos conseils, pour votre aide
précieuse, nous vous prions d'agréer
nos remerciements et notre reconnaissance.*

Nous remercions particulièrement tous les médecins de
colonisation qui ont bien voulu nous aider.

Contribution à l'étude
du
dépistage de la dystocie
en Algérie

Plan

I. — *AVANT-PROPOS.*

II. — *LA DYSTOCIE.*

- Définition
- Classification
- Ses rapports avec certaines affections
générales répandues en Algérie.
 - Paludisme
 - Syphilis
 - Tuberculose
 - Ostéomalacie
 - Rachitisme.

III. — *ETUDE STATISTIQUE DE LA DYSTOCIE.*

- 1°) Importance numérique de la dystocie
en milieu musulman,
- 2°) Taux comparés des dystocies traitées
et des dystocies non traitées.
- 3°) Insuffisance de l'organisation actuelle.

IV. — *NECESSITE D'UNE ORGANISATION
APPROPRIEE. — DEPISTAGE.*

1°) *DIFFICULTÉS :*

A) *Psychologiques*

- Indifférence et méfiance de l'indigène.
- La matrone
- Le marabout

B) *Matérielles :*

- Communications
- Insuffisance du personnel
- Dénuement de l'indigène.

2°) *SUGGESTIONS :*

- A) Mesures de prophylaxie générale,
- B) Création d'un corps d'infirmières visiteuses sages-femmes.
- C) Augmentation du nombre des médecins de colonisation.
- D) Création et aménagements d'établissements hospitaliers.

V. — *CONCLUSIONS.*

VI. — *BIBLIOGRAPHIE.*

AVANT-PROPOS

L'assistance obstétricale en Algérie a été l'objet d'études nombreuses et variées. Le côté scientifique, autant que l'aspect médico-social de l'organisation, a donné lieu à une littérature déjà très abondante.

Une conclusion dominante semble se dégager de l'ensemble de ces travaux : c'est que l'Assistance Obstétricale, contrairement aux résultats de plus en plus encourageants obtenus dans les hôpitaux urbains, est cependant loin de donner, dans les milieux musulmans ruraux, tout le rendement que l'on est en droit d'en attendre.

De fait, les statistiques et les enquêtes les mieux conduites montrent une proportion énorme de dystocias restées en marge de l'Assistance Obstétricale ou de tout secours médical.

En présence de cette situation alarmante, certains ont parlé de « faillite », et ont critiqué l'œuvre dans sa conception même. D'autres incriminent la population musulmane, ses mœurs, ses coutumes, voire même sa religion. Nous croyons, quant à nous, que l'organisation, telle quelle, peut parfaitement atteindre son but, pour peu qu'elle aille au-devant de

l'indigène, qu'elle pousse des ramifications dans les douars, qu'elle pénètre dans les foyers musulmans.

L'organisation obstétricale est une œuvre gigantesque, mais, comme tout organisme de cet ordre, elle comporte des lacunes et nécessite une continue adaptation.

Ce sont quelques-unes de ces lacunes que nous nous proposons de signaler dans cette thèse, dont notre Maître, le Professeur LAFFONT, a bien voulu nous confier le sujet.

Il va sans dire que ces lacunes appellent des réformes ou améliorations, dont la plus urgente est assurément l'organisation de la prophylaxie de la dystocie par une surveillance obstétricale vigilante et active. Cette dernière implique, pour donner son maximum d'efficacité, le dépistage, dans tous les douars, de tous les cas de grossesses susceptibles de complications graves.

Pareille œuvre est encore presque inexistante. Elle nécessite certes pour être mise sur pied, un personnel suffisant quant à la quantité et à la qualité, ainsi qu'une mobilisation de fonds, qui reste la difficulté majeure. Elle paraît cependant s'imposer avec un tel caractère d'urgence qu'elle doit figurer en bonne place parmi toutes les œuvres créées ou à créer.

On a organisé, à juste raison et activement, la lutte antitrachômateuse, œuvre humanitaire nécessaire entre toutes; *a fortiori* doit-on se pencher sur

le sort de milliers de femmes et d'enfants menacés de graves accidents ou de mort atroce.

Nous divisons notre petit travail en trois chapitres. Nous ferons, dans le premier, une étude sommaire de la dystocie et de ses rapports avec quelques affections particulièrement répandues en Algérie. Le deuxième chapitre sera consacré à un essai statistique qui montrera le taux infime des dystocies reçues par les médecins ou dans les hôpitaux. Enfin, nous suggérerons dans le dernier certaines réformes que nous croyons nécessaires et urgentes, en attirant l'attention sur les obstacles d'ordre psychologique ou matériel contre lesquels, fatalement, on se heurtera.

Nous voudrions que ce petit travail fût de quelque utilité. Notre but sera atteint si un peu plus de soulagement est un jour apporté aux souffrances de nos populations rurales. Ainsi nous aurons la satisfaction d'avoir servi les nôtres et fait aimer la France un peu plus.

CHAPITRE PREMIER.

La Dystocie

Définition

Le terme « Dystocie » a souvent varié de sens suivant les auteurs et les pays. — Les uns lui ont assigné, suivant l'étymologie grecque, le sens d'accouchement difficile, et en ont fait, en conséquence, un chapitre particulier de la pathologie obstétricale. D'autres en ont par trop élargi les limites, et y ont englobé toute la pathologie obstétricale. — Il semble que l'on doive réserver actuellement le sens de dystocie à toute cause maternelle, fœtale ou ovulaire, susceptible de perturber la bonne marche de l'accouchement. — L'expression « Grande dystocie » a le sens plus restreint d'accouchement impossible spontanément et nécessitant une intervention.

Nous voulons ici, pour les besoins de cette thèse, tenir compte d'une notion de plus, celle de prévisibilité. — L'objet de ce travail, en effet, n'est pas une étude détaillée de la dystocie, mais de montrer la proportion très grande d'accouchement se terminant de façon tragique et loin de tout secours médical. — Notre but est de rechercher les moyens sus-

ceptibles d'épargner le maximum possible de vies humaines, mais il faut compter avec les moyens de communication, trop souvent défectueux, la méfiance ou l'indifférence de l'Indigène, l'insuffisance numérique du personnel qualifié, et l'extrême rareté des postes de secours et infirmeries. — Force est donc de recourir au dépistage, à la prévision précoce des cas de grossesses menaçant de se terminer par de graves accidents.

Le terme « dystocie », tel qu'il figure au titre de ce travail, s'étendra donc ici à tous les cas de grossesses pathologiques menacées d'accident.

Ainsi se trouveront éliminés les cas obstétricaux d'urgence, lesquels, bien que figurant dans la dystocie, ne laissent cependant pas un délai suffisant pour parer aux accidents (rétraction utérine, inertie utérine, œdème du col, procidence du cordon, hémorragies, etc...). Il nous paraît, par contre, nécessaire d'y inclure toutes les maladies et tares organiques pouvant influencer de façon dangereuse la marche de la grossesse ou de l'accouchement et menaçant, par suite, la vie de la mère, du fœtus, ou des deux.

Classification

Ainsi entendue, la dystocie répondra à peu près à la classification suivante :

DYSTOCIES MATERNELLES :

1° *Osseuses - Viciations pelviennes :*

Bassins symétriques :

Bassins aplatis,

Bassins retrécis ;

Bassins asymétriques :

Obliques ovalaires,

Bassins cyphotiques,

Bassins coxalgiques,

Bassins ostéomalaciques ;

2° *Dystocies des parties molles :*

Utérus fibromateux,

Cancers utérins,

Rigidité du col,

Sclérose du col,

Thrombus vulvaires.

la tuberculose,

la syphilis;

quelques affections spéciales à la grossesse:

vomissements graves,

albuminurie gravidique,

éclampsie;

certaines affections génitales ou maladies de l'œuf;

du placenta (*placenta marginata*);

du chorion (môle vésiculaire, chorio-épithéliome);

de l'amnios (adhérences).

Notre rôle n'est pas d'étudier en détail la dystocie; nous voulons simplement, en indiquant sommairement les grandes causes de morbidité ou de mortalité obstétricale, montrer quelle peut être l'extrême variété et la fréquence d'accidents cependant prévisibles et, par conséquent, évitables.

Cette énumération nous montre, en passant, la somme de connaissances nécessaires à un personnel qui serait éventuellement appelé à faire sur place le dépistage aussi précis que possible des cas de grossesses à mettre en surveillance.

DYSTOCIES OVULAIRES :

1° *Fœtales* :

Procidences des membres,

Présentations vicieuses (face, front et épaule)

Excès de volume :

partiel,

total,

Grosses multiples,

Anomalies de siège :

grossesses extra-utérines,

grossesses angulaires;

2° *Annexes* :

Placenta prævia,

Hydramnios,

Oligo amnios.

A cette énumération, il faudra ajouter toutes les affections ou tares organiques susceptibles d'influer sur l'état puerpéral ou d'être influencées par ce dernier. — Ainsi :

certaines maladies de la nutrition, comme

le diabète,

la maladie de Basedow;

du sang, comme l'anémie;

certaines maladies infectieuses;

Ses rapports avec certaines affectations générales répandues en Algérie

Mais toutes ces causes, quelque variées qu'elles soient dans leur nature ou leurs manifestations, peuvent cependant être groupées en un nombre assez restreint.

Essayons donc, en schématisant, de donner une vue d'ensemble de l'étiologie de la dystocie :

Les *viciations pelviennes* reconnaissent pour cause, dans la proportion des quatre-cinquièmes des cas, le rachitisme. — Des causes de moindre importance viennent ensuite dans l'ordre suivant :

- les troubles endocriniens,
- la tuberculose,
- l'ostéomalacie.

Dans les *dystocies des parties molles*, nous retrouvons souvent la syphilis, qui est également à la base de nombreuses dystocies d'origine fœtale.

Parmi les *affections* influençant dangereusement la grossesse, ou aggravées par elle, nous citerons surtout :

- le paludisme,
- la tuberculose,
- la syphilis,
- l'éclampsie,
- les tares organiques (cardiopathies).

Nous passerons en revue les principales affections en insistant sur celles qui, par leur extension, leur généralisation, constituent de véritables fléaux sociaux et réclament par suite, à plus d'un titre, des mesures prophylactiques et thérapeutiques urgentes et intenses. Ce sont :

- le paludisme,
- la tuberculose,
- la syphilis,
- l'éclampsie,
- l'ostéomalacie.

LE PALUDISME.

On connaît toute l'importance du paludisme en Algérie; il est considéré, à juste titre, comme un véritable fléau social. — Son influence au point de vue obstétrical, longtemps méconnue, a été récem-

ment mise en lumière. Il interrompt la grossesse dans une grande proportion, provoquant quatorze pour cent d'avortements et dix-neuf pour cent d'accouchements prématurés. Il rend les suites de couches plus difficiles en diminuant la résistance de l'accouchée. — A son tour, il est influencé défavorablement par la grossesse, qui lui donne une allure plus sévère augmentant la fréquence des complications graves : anémie, cachexie palustre, accès pernicieux.

Connaissant l'extension de cette affection en Algérie, connaissant d'autre part son influence sur la grossesse et l'accouchement, on voit toute l'importance que prend, au point de vue obstétrical, l'intensification de la quinzisation, la lutte antipaludique sous toutes ses formes. La prophylaxie antipaludique joue donc un rôle très grand dans la lutte contre la dystocie.

LA TUBERCULOSE.

C'est une affection extrêmement répandue en milieu indigène. — Il semble qu'elle y ait trouvé des conditions particulièrement favorables. Alors qu'il y a une soixantaine d'années, elle était presque inconnue en Algérie, elle semble actuellement gagner chaque jour du terrain, menaçant terriblement la population musulmane.

Le Bureau d'hygiène de la Ville d'Alger a trouvé

le taux de 7,7 pour mille de mortalité par tuberculose chez l'indigène contre 2,6 pour mille chez les Européens. — Le taux s'élève à 15 ou 20 pour cent chez les enfants de 0 à 30 mois.

Nous connaissons des villages, des hameaux de Kabylie surtout, littéralement décimés par ce terrible fléau. — Les cas de familles entièrement exterminées ne sont pas rares.

Les relations de la tuberculose et de la puerpéralité sont trop connues pour que nous y insistions. — La tuberculose intervient d'abord directement dans la dystocie par toutes les viciations pelviennes auxquelles elle donne lieu :

bassin coxalgique,
bassin vicié par claudication,
bassin cyphotique,
etc...

La grossesse aggrave en général toutes les formes de tuberculose évolutive.

La lutte antituberculeuse intéresse encore ici, comme dans le paludisme, la prophylaxie obstétricale. — Cette lutte est conditionnée par les facteurs de propagation du fléau en Afrique du Nord. — Nous en retiendrons trois :

- a) Un certain état de réceptivité spéciale de l'indigène, notion encore insuffisamment élucidée, mais paraissant bien réelle à en juger par les formes spéciales et souvent sévères

que prend la tuberculose en Algérie. — On a tenté de l'expliquer par la virginité du terrain, qui fait que l'indigène n'a encore pas acquis l'immunité relative de l'Européen vis-à-vis du bacille de Koch.

- b) La sous-alimentation. — La sous-alimentation intervient incontestablement dans la propagation et l'évolution de la tuberculose. Or, il n'est pas niable que les populations autochtones, rurales surtout, sont sous-alimentées. De plus, l'incidence de la crise mondiale sur l'économie algérienne a aggravé le fond d'hypoalimentation qui existait déjà à l'état permanent, et a fortement diminué le standard de vie de l'Indigène.

Dans certaines régions comme la Kabylie, par exemple, à certaines époques de l'année, la misère prend l'allure pure et simple de la famine, malgré tous les efforts des pouvoirs publics.

- c) L'Habitat. — C'est la pierre d'achoppement de la lutte antituberculeuse et contre la morbidité, en général.

Le logement type de l'Indigène est le classique gourbi, qui subit de légères variations suivant les divisions climatiques et géographiques de l'Algérie. — C'est, en général, un étroit réduit de quelques mètres carrés, dont les murs sont constitués de branchages

enduits de terre ou de bouse. La toiture est faite d'une charpente de branches sommairement ajustées, sur lesquelles on dispose une couche de diss, de paille ou de joncs. Comme ouvertures, on y pratique une entrée et un trou tenant lieu de cheminée.

Le village kabyle, cependant, présente un aspect qui rappelle plus volontiers le hameau des provinces de France en beaucoup plus insalubres.

C'est dans ce réduit malsain et exigu que vivent de cinq à six personnes, quelquefois avec les bêtes.

Il nous a été donné de voir, dans une ville importante, des familles entières de six à huit personnes, dont plusieurs bacillaires avérés, entassés dans une même pièce sans air ni lumière, dans des conditions d'insalubrité qui sont un défi à l'hygiène et à la civilisation. — Chose plus grave, nous avons fait de semblables constatations dans une cité indigène d'habitations à bon marché, sortes de gourbis modernes construits en dépit du bon sens et contre les règles les plus élémentaires d'hygiène.

Un grand effort est actuellement fait par la Colonie et les municipalités dans le sens d'une large politique d'habitat indigène. — Quelques cités ont été édifiées en certains

endroits, et ont donné pleine satisfaction. Mais il faut intensifier l'effort et imposer aux localités certaines données strictes d'hygiène et d'urbanisme.

LA SYPHILIS.

La syphilis est très répandue en milieu algérien. — On admet couramment que neuf indigènes sur dix sont syphilitiques. — Voici quelques statistiques particulièrement démonstratives:

Sur 100 enfants européens	8,79	sont	hérédo-syphilitiques
— arabes	15,10	—	—
— kabyles	12,11	—	—
— juifs	12,72	—	—

MONTPELLIER et LEFRANC ont établi des statistiques intéressantes portant sur les avortements chez la femme indigène. — Sur 452 femmes examinées par ces auteurs:

89, de 26 à 30 ans, ont eu:

46 fausses couches,

191 enfants morts,

162 enfants vivants.

70, de plus de 30 ans, ont eu:

50 fausses couches,

24 enfants morts,

175 enfants vivants.

139 étaient stériles.

Au total, 452 femmes ont eu 1.187 grossesses avec 494 enfants vivants, dont la plupart sont des nérédo-syphilitiques avérés.

Il est hors de doute que la syphilis est la cause presque exclusive de ce déchet considérable.

Mais là ne se borne pas l'influence néfaste de la syphilis en obstétrique; elle n'est pas seulement la « grande avorteuse » et le facteur prépondérant de la mortinatalité; elle intervient plus directement encore dans la dystocie proprement dite — en donnant chez la femme certaines affections des parties molles (gommes, scléroses du col, etc...). Elle est cause de diverses monstruosités fœtales telles que l'hydrocéphalie, l'anencéphalie, etc... Elle atteint aussi les annexes (hydramnios, oligoamnios, etc...).

Le rôle de la syphilis étant évident, il est permis de croire que la prophylaxie de la dystocie bénéficiera directement de la lutte engagée et qui doit être fortement intensifiée contre ce fléau en Algérie

Il nous reste à examiner, parmi les causes de la dystocie, deux affections moins importantes, mais non négligeables: l'ostéomalacie et l'éclampsie.

L'OSTEOMALACIE.

C'est une affection qui consiste en un ramollissement général du squelette, notamment du bassin, auquel elle imprime des déformations considérables en « cornet d'oublie », en « oreilles de lapin ». — Les cavités cotyloïdes sont enfoncées; les deux pubis s'accollent en bec de canard; le détroit supérieur a la forme d'un Y.

L'affection est relativement fréquente en Algérie. Le Professeur LAFFONT a déterminé le taux de 1,32 pour cent sur un total de 1.132 accouchements indigènes. — Ce chiffre paraît représenter une proportion très élevée en regard des pourcentages trouvés en Europe:

Italie	0,45 %
Suisse.	0,30 %
France.	0,24 %

Les cas observés par le Professeur LAFFONT en Algérie, de 1926 à 1930, sont au nombre de 22, répartis de la façon suivante:

Aumale	4 cas
Mirabeau	1 cas
Bouira	1 cas
Dra-el-Mizan	2 cas
Fort-National	1 cas
Dellys	1 cas
Boghari	2 cas
Djendel	2 cas
Carnot	2 cas
Miliana	1 cas

Bou-Saâda	3 cas
Sidi-Aïssa	1 cas

F. MAGNOL a relevé en 1936 28 cas pour toute l'Algérie:

Téniet-el-Haâd	1 cas
Berrouaghia	1 cas
Burdeau	1 cas
Les Issers	1 cas
Sétif	8 cas
Oued Zénati	9 cas
Aïn-Témouchent	3 cas
Souk-Ahras	1 cas
Zéribet-el-Oued	2 cas
Mascara	1 cas

Depuis 1936, 15 nouveaux cas répondant à la même répartition géographique ont été relevés.

En groupant les résultats, on constate que les cas paraissent se répartir en îlots ou foyers:

3 au département de Constantine: Sétif, Oued-Zénati, Némemcha ;

dans le département d'Oran, un foyer à Aïn-Témouchent avec 3 cas observés par le Docteur BONAFOS en trois ans sur 39 accouchements seulement ;

dans le département d'Alger, 3 foyers: en Kabylie, 10 cas; au Chélif, 6 cas; à Aumale, 4 cas.

Au point de vue étiologique, on a incriminé plusieurs facteurs: climat. habitat, défaut d'insolation,

carence en calcium, en vitamine D, multiparité, surmenage, etc... Aucune de ces causes n'a été retenue, mais leur ensemble paraît constituer un faisceau de conditions nettement favorables à l'éclosion de la maladie.

On a voulu tirer des déductions étiologiques de la répartition hétérogène de l'affection. C'est ainsi que l'on a pensé à l'appauvrissement de la teneur de l'eau en sel de calcium. — La seule conclusion pratique permise quant à l'étiologie et la prophylaxie, c'est que l'ostéomalacie est en rapport avec certaines mauvaises conditions d'hygiène : hypoalimentation, surmenage, habitat. — Le facteur *misère* paraît se retrouver dans tous les cas observés. Ces cas ont été relevés exclusivement en milieu indigène ce qui permet de suspecter davantage le facteur *misère*, le climat et les eaux étant identiques pour les deux populations.

L'ECLAMPSIE.

L'éclampsie puerpérale, caractérisée par des crises convulsives épileptiformes, est d'un pronostic mauvais pour la mère et plus encore, pour le fœtus. Elle donne, en effet, une mortalité maternelle de 25 pour cent, et une mortalité fœtale de 55 à 77 p. cent.

On constate actuellement sa fréquence décroissante dans les hôpitaux urbains. — Après avoir atteint 30 à 40 pour mille à Alger, elle n'est plus, en

1934, que de 3 à 4 pour mille. Ce résultat est dû à la fréquence des examens destinés à en déceler les moindres signes prémonitoires.

Mais, dans les campagnes — qui nous intéressent particulièrement ici — les taux de 30 à 40 % déjà signalés n'ont eu aucune raison de descendre.

Les merveilleux résultats obtenus par la Maternité d'Alger ne dictent-ils pas des mesures à prendre, qui ne sont autres que le dépistage précoce des signes d'éclampsie (albuminurie et hypertension)? Ainsi pourrait-on enrayer une affection particulièrement meurtrière pour la mère et l'enfant.

LE RACHITISME.

C'est une affection de l'enfance caractérisée par une malléabilité particulière des os, due à un défaut de fixation du calcium. — Les déformations plus ou moins accentuées des os en sont les stigmates les plus visibles.

Le rachitisme joue un rôle des plus importants en obstétrique. — Il intervient dans les 4/5 des cas des viciations pelviennes et des dystocies.

L'étiologie et la pathogénie du rachitisme sont actuellement suffisamment élucidées pour permettre des mesures prophylactiques efficaces, tant individuelles que collectives. — On sait que la fixation du calcium sur les os est sous la dépendance de la

vitamine D, laquelle est spontanément élaborée dans l'organisme sous l'action des rayons ultra-violet du soleil. Cette vitamine peut aussi être puisée directement dans certaines substances (huile de foie de morue, etc...).

Or, pour qui connaît le milieu indigène, les conditions étiologiques du rachitisme paraissent largement réalisées.

Le logement est mal éclairé, l'alimentation est sommaire et peu variée. La carence en vitamine n'est pas rare. — La mère, épuisée par de nombreuses maternités et l'allaitement prolongé de ses enfants, a ses réserves calciques fortement mises à contribution. Sa nourriture forcément frugale et presque toujours végétarienne, ne lui permet pas de récupérer ses dépenses en calcium. L'enfant reçoit donc un lait dont la teneur en sels de chaux est nettement insuffisante. — De plus, il est scrupuleusement emmaillotté, soustrait aux radiations lumineuses par crainte de la chaleur, du froid, ou du regard d'autrui.

Les conditions étiologiques du rachitisme sont donc amplement satisfaites en général en milieu musulman. — Aussi l'affection est-elle extrêmement répandue en Algérie. — C'est un fait trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici. — Il n'est que de faire une exploration dans les milieux indigènes urbains pour se rendre compte de l'énorme fréquence des stigmates rachitiques dans la population infantile (jambes arquées, articula-

tions noueuses, fontanelles non encore fermées à l'âge de 3 ou 4 ans).

Les séquelles du rachitisme se traduisent chez la femme par une augmentation considérable du taux des dystocies osseuses. — Les statistiques de la Maternité d'Alger montrent 71 cas de bassins rachitiques (55 retrécis, 16 aplatis) sur 86 dystocies osseuses chez la femme indigène.

Les mesures prophylactiques découlant de l'étiologie sont en apparence très simples. En fait, elles intéressent tous les aspects du problème social indigène : l'habitat, l'alimentation, l'assistance et l'instruction de la femme.

Nous en avons fini avec l'étude forcément abrégée et incomplète de la dystocie en Algérie, ainsi que de ses causes les plus générales. — Les autres causes sont beaucoup trop disparates et variées ; leur étude ne pourrait trouver place ici.

Nous terminons ce chapitre par cette remarque capitale : l'importance considérable du standard de vie de l'Indigène dans la dystocie et, plus généralement, dans toute la pathologie algérienne. Aussi s'applique-t-on de plus en plus à améliorer les conditions de vie de l'Indigène, à assainir son logis, à lui permettre une alimentation suffisante et variée, à l'instruire. — Tous les efforts budgétaires d'hospitalisation et d'assistance resteront inefficaces et gré-

veront lourdement les finances de la Colonie aussi longtemps que l'on ne se sera pas rendu à cette évidence qu'il faut s'attaquer à la source du mal : la misère et l'ignorance de l'indigène.

CHAPITRE DEUXIEME.

Etude statistique de la Dystocie

Le précédent aperçu nous a laissé entrevoir quelle peut être *à priori* l'importance numérique de la dystocie en Algérie. — Les conditions étiologiques n'ayant ni la même extension ni la même variété en milieu indigène et en milieu européen, auront forcément pour conséquence un décalage important entre les taux des dystocies dans les deux populations.

D'autre part, malgré le pourcentage considérable des accidents et de la morbidité obstétricale chez le musulman, peu de cas seulement arrivent entre les mains des médecins ou dans les établissements hospitaliers. Ceci tient à une lacune importante dans l'organisation de l'assistance obstétricale en Algérie.

Essayons d'examiner en détail successivement ces trois points:

1^o) Importance numérique de la dystocie en milieu indigène

Des statistiques particulièrement probantes portant sur 25 ans ont été faites à la Maternité d'Alger.

Sur 5.856 accouchements d'Européennes, le total des dystocies a été de 1.702 cas, soit 26 % environ. Par contre, sur 557 accouchements indigènes, on a relevé 162 cas de dystocies, soit 29 %. — Parallèlement, la grande dystocie chez l'Européen n'est que de 9,9 % (639 cas) contre 20 % chez l'Indigène avec 114 cas.

Ces chiffres ne prétendent pas à une valeur absolue. — Il faut tenir compte de la répugnance très connue de la femme indigène à se laisser hospitaliser, notamment à la Maternité. — Ne consentent à y venir, en général, que les gestantes qui se savent en imminence de danger ou dont l'état de fortune est voisin du dénuement.

Cependant, l'écart entre les taux des grandes dystocies est trop grand pour ne pas être d'une certaine approximation. — Un moyen d'approcher de la réalité serait d'étudier les chiffres respectifs des dystocies suivant l'étiologie. — Voyons, par exemple, les dystocies osseuses. Celles-ci représentent généralement le tiers environ des dystocies. Aussi, chez l'Eu-

ropéenne, sur 5.856 accouchements on a relevé 539 cas, soit 9 %. - Chez l'Indigène, le taux passe au double, soit 17 %, avec 95 cas sur 537 accouchements.

Or, s'il faut critiquer les pourcentages globaux donnés ci-dessus, il n'est pas permis de rejeter les taux représentant les proportions relatives des dystocies suivant les divisions étiologiques. — Le facteur psychologique faussant les chiffres donnés plus haut, ne joue plus ici. — La femme indigène n'entre pas à l'hôpital seulement dans tel ou tel cas de dystocie, mais toutes les fois qu'elle se sent en danger.

Aussi, retenons ces chiffres de 9 % et de 17 % représentant les dystocies osseuses chez l'Européenne et chez l'Indigène. Ils traduisent bien l'énorme différence de répartition, chez les deux éléments ethniques, des affections qui sont à l'origine des viciations pelviennes. — Ces affections, rappelons-le, sont le rachitisme, la tuberculose, l'ostéomalacie, pour ne citer que les plus importantes.

En ce qui concerne les grandes dystocies, c'est-à-dire celles qui nécessitent une intervention, le décalage est encore beaucoup plus élevé.

Ainsi, on a relevé chez l'Européenne 299 cas sur 5.856 accouchements, soit 5 %, et chez l'Indigène 75 cas sur 557 accouchements, soit 13 %.

Ce qui corrobore la signification des chiffres précédents, c'est le fait que les dystocies des parties molles sont, d'après les statistiques, à peu près uni-

formément réparties dans les deux populations. — En effet, ce genre de dystocies, dues à des causes comme l'inertie utérine, le fibrome utérin, l'œdème ou la rigidité du col, les thrombus, n'ont généralement aucun rapport avec les maladies les plus répandues dans les populations autochtones. Aussi les taux sont-ils identiques, sinon même moins élevés, chez l'Indigène. Les statistiques de la Maternité donnent 3 % pour les Européennes et 2,3 % pour les Indigènes.

En ce qui concerne les dystocies fœtales, l'écart à nouveau réapparaît. — Car ici interviennent, dans l'étiologie, les maladies générales déjà signalées. — La syphilis en particulier est ici, en effet, la seule responsable des hydrocéphalies, des excès de volume fœtal, et des malformations congénitales. — On a trouvé 104 cas sur 5.856 accouchements, soit 1,6 % chez les Européennes, et 131 cas sur 557, soit 5,7 % chez l'Indigène.

Nous venons de montrer que la dystocie est beaucoup plus fréquente dans les populations autochtones que dans les populations européennes.

2°) Taux comparés des dystocies traitées et des dystocies non traitées

Essayons de voir maintenant dans quelles mesures la dystocie est secourue en Algérie, quelle peut être la proportion des accidents parfois tragiques qui restent ignorés du médecin et de l'assistance obstétricale.

Nous n'avons aucun moyen d'évaluation direct. — Le recensement des cas de morbidité ou d'accidents est pratiquement irréalisable. — N'y aurait-il que l'entrave d'ordre psychologique, la pudeur particulièrement exagérée de l'indigène, elle suffirait déjà à elle seule à fausser tous les résultats. — Mais il y a plus: il faudrait, pour ce genre de recensement, un personnel spécialement qualifié; il faudrait compter avec les difficultés de communication, la méfiance de l'indigène, la falsification fatale des renseignements par des intermédiaires nécessaires et nombreux.

Mais il est possible de contourner les difficultés, d'essayer un moyen d'investigation indirect permettant une approximation, très grossière, certes, mais suffisamment démonstrative pour le sujet qui nous occupe. — Nous nous proposons, en effet, de rechercher le pourcentage des dystocies secourues et celui des dystocies non traitées. — Considérons une commune. Nous connaissons le nombre des naissances; donc, avec une certaine approximation, le nombre des accouchements. — Classiquement, le

pourcentage de base de dystocies en France est de 8 %, dont 2 % de grandes dystocies. En Algérie, il est certainement supérieur (au moins le double. On a donné 29 % et 8 % à la Maternité d'Alger). — A l'aide du taux de base, nous pouvons connaître approximativement le nombre de dystocies de la commune. Par ailleurs, celui des dystocies secourues peut être connu au moyen d'enquêtes auprès des médecins.

Nous avons procédé ainsi pour un certain nombre de communes. — Nous avons fait une enquête auprès des médecins de colonisation. — Nous donnons ci-après, en des tableaux condensés, les résultats obtenus.

Quel sera notre taux de base? Nous adopterons, pour être sûrs d'être bien au-dessous de la réalité, les chiffres donnés par les classiques: 8 % pour les dystocies, et 2 % pour les grandes dystocies. — Ces taux sont actuellement reconnus trop bas en Algérie, voire même en France.

Mais, peu importe; notre intention n'est pas de faire ici des calculs prétendant à une certaine rigueur mathématique; nous voulons simplement nous faire une idée de l'ordre de grandeur du pourcentage des accidents restés en marge de l'assistance obstétricale.

En adoptant les taux fixés par les classiques, nous croyons avoir fait le maximum d'effort d'objectivité. Aussi espérons-nous, en retour, un surcroît de valeur démonstrative pour ce travail:

INTEPRETATION.

Voyons maintenant, la signification de ces tableaux. Ils s'appliquent à 15 circonscriptions médicales choisies de telle sorte que les causes d'erreurs soient réduites au minimum.

Remarquons tout de suite le nombre insignifiant d'accouchements faits par les médecins relativement au nombre total des naissances. — Sur 28.125 naissances, dans les 15 communes, 208 accouchements seulement, dont 83 dystociques, ont été pratiqués par les médecins, soit une proportion infime de 0,7 % ou 7 ‰.

Si la population musulmane rurale ne profite pas assez de la médecine de colonisation, en général, quelque dévoué qu'en soit le personnel, nous pouvons maintenant affirmer qu'elle n'en profite pas du tout au point de vue obstétrical. La faute n'en incombe certainement pas aux médecins eux-mêmes qui font tout ce qu'ils peuvent ; qui donnent dans la généralité des cas, l'exemple d'un dévouement et d'une ténacité remarquables. Elle n'incombe pas davantage à la population indigène ignorante, inconsciente et pauvre. — La faute, croyons-nous, vient d'une série de facteurs, les uns psychologiques, d'autres matériels sur lesquels nous nous proposons de revenir dans le chapitre suivant.

La femme indigène n'a, la plupart du temps, recours au médecin que dans le cas précis où elle se

	Nais- sances	Dystocies		Accouchements pratiqués par les médecins		Taux des dystocies non secourues	Nombre de dystocies non secourues	Nombre de grandes dystocies non secourues
		Totales 8 %	G.D. 2 %	N	D			
Michelet	3.000	240	60	15 + 20 à l'hôpital	10	$1/24 = 4\%$	230	50
Fort-National ...	2.456	196	49	0	1	$1/49 = 1/50 = 2\%$	195	49
Tablat	1.722	137	34	0	10	$10/37 = 7,6\%$	127	24
Aïn-Boucif	269	21	5	0	3	$3/21 = 1,4\%$	17	2
Païestro	3.412	354	86	0	12	$12/354 = 3,3\%$	342	74
Bou-Sâada	1.100	88	22	15	2	$2/88 = 2,2\%$	86	20
Berroughia	1.429	116	28	2	4	$4/116 = 3,4\%$	112	24

Port-Gueydon ...	1.000	80	20	10	6	6/80 = 7,5%	74	14
Tigzirt/s/mer ...	1.223	99	25	0	4	4/99 = 4%	96	41
Reibell	710	56	14	0	3	3/56 = 5,3%	53	11
Loveurdure	720	57	14	1	2	2/57 = 4%	55	12
Chateaudun du Rummel	1.800	144	36	70	16	16/144 = 11%	128	20
Arris	5.000	400	100	5	8	8/400 = 2%	392	92
El-Arrouch	235	18	4	10	4	4/18 = 22%	14	0
Lafayette	3.049	243	60	12	8	8/243 = 3,5%	253	52
Total	28.125	2.348	557	125	83	5,5%	2.156	465

G.D. = Grandes dystocies.

D. = Dystocies.

N. = Accouchements normaux.

sent véritablement en danger et après avoir épuisé tous les moyens empiriques de la matrone ; et encore sous de nombreuses conditions de distance, d'état de fortune, de consentement du mari, toutes très difficilement réalisables. — Aussi le pourcentage des dystocies connues et traitées des médecins, est-il ridiculement bas. Sur 2.348 dystocies probables, dans les 15 communes, seules 83 ont été adressées aux hôpitaux ou vues sur place par les médecins. Soit 5.5 % des dystocies.

Ces taux se retrouvent à peu près dans toutes les circonscriptions étudiées, ils oscillent entre 2 % et 10 %, mais ils ne dépassent pas 11 %, exception faite d'une commune du département de Constantine.

Cette uniformité des résultats ne constitue-t-elle pas déjà un indice d'une certaine exactitude de notre enquête ?

En résumé, sur 28.125 accouchements, parmi lesquels 2.348 dystocies probables, 2.156 de ces dernières dont 465 graves, sont restées totalement ignorées du corps médical. Ceci dans 15 communes. Nous n'osons pas interpoler pour toute l'Algérie.

DISCUSSIONS. — CRITIQUES.

Nous ne voulons pas, encore une fois, faire dire aux chiffres plus qu'ils ne peuvent dire. — Nos résultats sont certainement d'une approximation

très lointaine. — Mais le décalage est trop grand pour qu'il ne réponde pas à une certaine réalité, une triste réalité.

Nous ne méconnaissions pas certaines causes d'erreurs qui peuvent s'insinuer dans notre enquête. Mais nous avons choisi les localités de telle sorte, pris de telles précautions, que ces causes sont à peu près éliminées.

Essayons de les rappeler :

1.) La première cause d'erreurs est l'existence, dans la même localité, de plusieurs médecins faisant chacun pour son compte, un certain nombre d'accouchements. Or, nous avons pris soin de choisir des circonscriptions à un seul médecin. Dans celles où il en existe plusieurs, nous avons pu obtenir le chiffre des accouchements pratiqués par chacun.

2.) La deuxième cause d'erreurs est l'empiètement des médecins de colonisation, les uns sur les circonscriptions des autres. Nous avons paré à cet inconvénient en étudiant 4 circonscriptions médicales limitrophes: Fort-National, Michelet, Port-Gueydon, Azazga. Chacune de ces communes ne possède qu'un seul médecin. Nous avons pu connaître le nombre des accouchements faits par chacun. Les résultats sont plus probants que partout et assez concordants entre eux.

3.) Le troisième facteur d'erreurs, c'est le fait que des gestantes peuvent s'adresser aux hôpitaux de

villes. Ce facteur joue très peu. Si l'Arabe ou le Kabyle répugne à faire examiner sa femme par un médecin, à plus forte raison, éprouve-t-il une grande répulsion pour l'hôpital. — Nous connaissons les communes kabyles et nous savons que très rarement, pour ne pas dire jamais, une femme enceinte est transportée en ville sans avoir été examinée au préalable par le médecin le plus proche.

Les constatations précédentes valent donc bien d'être méditées. Elles sont assombries par ce fait que nous avons négligé jusqu'à présent de parler du surcroît d'accidents qu'apporte à la dystocie stricte, l'ensemble des affections générales et des tares organiques connues pour leurs rapports avec la grossesse. Or, il y a un très grand nombre de maladies infectieuses, de maladies de nutrition (diabète, maladie de Basedow etc...), de cardiopathies, qui sont aggravées par l'état puerpéral ou aggravent ce dernier. Elles n'entrent pas dans le cadre de la dystocie, proprement dite, mais elles n'en constituent pas moins de très grands facteurs de morbidité et de mortalité obstétricales. A ce titre, elles doivent être dépistées et surveillées de la même façon, avec la même vigilance que les viciations pelviennes, par exemple. Nous avons déjà insisté sur l'extension de la tuberculose en milieu musulman ; or, on connaît l'influence néfaste qu'exerce sur elle l'état puerpéral dans un très grand nombre de cas. Dès lors, n'est-il pas nécessaire et urgent de déceler ces cas, de les surveiller, et de prendre des mesures qui conviennent et en temps opportun ?

Il en est de même pour le diabète, la maladie de Basedow, les cardiopathies, certaines affections nerveuses, etc...

Les résultats alarmants de notre petite enquête nous amènent à nous poser une importante question : d'où vient que la population musulmane bénéficie dans une proportion insignifiante de l'assistance obstétricale ? L'organisation de cette dernière suffit-elle dans son état actuel à répondre à son but ?

Rappelons brièvement l'organisation de la protection maternelle et infantile en Algérie.

Organisation de la Protection Maternelle et Infantile

A) PERSONNEL. — L'instruction gouvernementale du 18 Janvier 1934, fixe à chaque échelon de l'organisation les attributions, sans toutefois brider les initiatives locales. Ces dernières ont toute possibilité d'adaptation, d'amélioration à la condition de s'inspirer toujours de l'idée directrice qui a présidé à l'œuvre toute entière.

L'organisation générale comprend :

- 1) Des organes de direction,
- 2) Des organes de contrôle et de coordination techniques,

3) Le personnel d'exécution.

1. — *Organes de direction.* — A la tête de l'organisation, se trouve le directeur général de la Santé publique dont le rôle est d'élaborer les mesures d'ordre général, de les faire appliquer et de centraliser les résultats obtenus.

Il est assisté :

1°. — De trois conseillers techniques :

a) Le professeur d'obstétrique à la faculté de médecine,

b) Le professeur de clinique médicale infantile à la faculté de médecine,

c) Le professeur de clinique chirurgicale infantile à la faculté de médecine ;

2°. — Par une commission consultative de la protection maternelle et infantile composée des membres reconnus compétents au point de vue médical ou administratif. Les trois départements et les territoires du Sud s'y trouvent représentés,

3°. — Le directeur de l'Assistance est, en outre, secondé par l'Office Algérien de médecine préventive et d'hygiène pour tout ce qui concerne la propagande, la vulgarisation et l'éducation.

A l'échelon départemental se trouve un inspecteur départemental d'hygiène qui collabore étroitement avec la division préfectorale de la Santé pu-

blique. Il est chargé de veiller à l'application dans son secteur, des mesures prescrites par la Direction centrale. — L'inspecteur départemental est assisté :

a) Par deux médecins consultants, un accoucheur et un pédiatre, qui remplissent le rôle d'inspecteur et de contrôleur dans le département ;

b) Par l'Office départemental d'hygiène sociale dont la section maternelle et infantile est chargée de la coordination des œuvres privées.

2. — *ORGANES DE CONTROLE ET DE COORDINATION TECHNIQUES.*

Ils sont composés de médecins spécialistes.

Le contrôle est assuré à l'échelon de la direction centrale par les professeurs déjà cités (obstétrique, clinique médicale infantile, clinique chirurgicale infantile) ; à l'échelon départemental par les deux médecins consultants (accoucheur et pédiatre).

On envisage la création de secteurs à l'échelon de l'arrondissement. Les difficultés de recrutement d'un personnel spécialisé ne le permettent pas encore.

3. — *PERSONNEL D'EXECUTION.*

Le personnel d'exécution est constitué par :
des médecins spécialistes,

des médecins non spécialistes,
des sages-femmes,
des infirmières visiteuses coloniales,
des infirmières et collaboratrices bénévoles.

Les médecins spécialistes exercent presque exclusivement dans les hôpitaux coloniaux.

Les médecins non spécialisés comprennent surtout les médecins de colonisation au nombre d'une centaine. Ils peuvent compléter leur compétence en obstétrique par un enseignement donné chaque année à leur intention à la clinique obstétricale de la faculté de médecine.

Les sages-femmes et les infirmières visiteuses secondent les médecins de colonisation en ce qui concerne la protection maternelle et infantile.

Elles sont préparées à l'Ecole spéciale de Parnet où elles reçoivent un enseignement pratique et médico-social adapté au rôle auquel on les destine. Mais soulignons tout de suite qu'elles ne sont qu'exceptionnellement pourvues du diplôme de sage-femme. Leurs connaissances obstétricales dans la majorité des cas, paraissent notoirement insuffisantes. Leur rôle semble avoir été trop limité à la puériculture et la médecine sociale.

Quant aux infirmières et collaboratrices bénévoles, elles n'existent que dans les centres urbains où elles sont attachées aux œuvres privées de protection des nourrissons (crèches, pouponnières, gouttes de lait, etc...).

B. — *LES HOPITAUX.*

Nous avons étudié le personnel, voyons les hôpitaux, les infirmeries et les locaux en tenant lieu.

Il existe actuellement en Algérie 29 établissements hospitaliers et 90 infirmeries indigènes transformées en hôpitaux auxiliaires. Le nombre de ces établissements est manifestement restreint, relativement au chiffre de la population. Aussi, de gros efforts budgétaires sont-ils consentis par la colonie en vue de les aménager, de les aggrandir et d'en créer de nouveaux.

Un crédit de 64 millions a déjà été prévu pour la construction de nouveaux hôpitaux civils ou l'acquisition et transformation d'hôpitaux militaires déjà existants.

Dans quelques localités comme Sétif et Miliana, ont été construits des hôpitaux selon les toutes dernières données de la technique. Il serait cependant souhaitable que l'esthétique ne gagne pas trop au détriment de la valeur utilitaire de ces établissements. Dans un pays particulièrement en retard sous le rapport de l'assistance sociale et de la santé publique, il importe d'aller au plus pressé et de rechercher surtout le maximum de rendement. Les dépenses souvent exorbitantes consacrées à l'aspect artistique de certains établissements, seraient, nous semble-t-il, plus logiquement et surtout plus humainement employées à la construction de plusieurs autres hôpitaux moins luxueux sans doute,

mais certainement tout aussi utiles. La valeur d'un établissement hospitalier se mesure moins à son aspect qu'au nombre de lits qu'il comporte et de malades qu'il reçoit.

Les hôpitaux sont classés de la manière suivante :

a) Hôpitaux principaux : à Oran, Alger, Constantine,

b) Hôpitaux secondaires : dans les villes importantes et chefs-lieux d'arrondissements.

c) Hôpitaux auxiliaires : dans les communes.

Seuls les hôpitaux principaux et certains hôpitaux secondaires (Blida, Douéra, Bône, Bougie, Philippeville, Relizane, Aïn-Témouchent, Saint-Denis-du-Sig) possèdent des Maternités. Quant aux hôpitaux auxiliaires, ils ne sont nullement organisés pour pratiquer les accouchements. Tout leur rôle, en l'occurrence, se borne à diriger sur les hôpitaux secondaires les cas dystociques transportables.

Nous n'insistons pas sur les œuvres privées dont le rôle très important est malheureusement limité à quelques centres urbains. De ce fait, elles ne s'adressent que très peu à la population rurale qui nous intéresse ici en premier lieu.

L'idée générale qui se dégage de l'organisation succinctement rappelée ci-dessus, c'est celle d'une œuvre en croissance. Elle progresse rapidement, mais n'a pas encore atteint son plein épanouissement.

Elle manque de personnel. Les médecins de colonisation sont au nombre d'une centaine pour toute l'Algérie. Certaines circonscriptions atteignent le chiffre énorme de 125.000 habitants et ne possèdent qu'un seul médecin.

Les infirmières visiteuses sont, en tout, au nombre d'une soixantaine. Leurs connaissances en obstétrique, en général, sont très limitées. Leur ignorance des langues kabyle et arabe constituent pour elles un gros handicap dans le rôle qu'elles doivent jouer concurremment avec les matrones.

Quant aux établissements hospitaliers, leur nombre est notoirement insuffisant. On compte en 1938 pour toute l'Algérie, 130 hôpitaux, infirmeries comprises, avec 15.647 lits. L'effort, on le voit, est considérable, mais doit encore être soutenu.

Tout se passe dans l'organisation actuelle comme si on se déchargeait entièrement sur l'indigène de l'initiative des soins. Or, on connaît le peu d'empressement du musulman à venir se soigner, encore moins à faire soigner sa femme, surtout à l'hôpital. Il ne viendra donc pas de lui-même, il faut l'attirer.

Les résultats obtenus jusqu'à présent dans les milieux musulmans, au point de vue obstétrical, sont des plus décevants. Voici, pour s'en convaincre, quelques chiffres éloquents donnés par le bureau

des statistiques du Gouvernement Général pour l'année 1934 :

	Naissances	Accouchements à l'hôpital	Taux
Européens:	20.284	2.165	10 %
Indigènes:	195.573	645	0,3 %

L'organisation actuelle très solidement conçue et encadrée ne s'est encore pas suffisamment ramifiée pour toucher la population indigène. Il faudrait qu'elle progresse, qu'elle s'élargisse, qu'elle pousse de nombreuses ramifications dans le cœur des douars, qu'elle atteigne, en un mot, le musulman chez lui.

Elle ne peut atteindre son but que par les médecins de colonisation, les auxiliaires médicaux et les infirmières visiteuses avec tous les locaux et le matériel appropriés.

Des infirmières visiteuses seraient, en particulier, dans l'organisation, les vrais agents de dépistage de la dystocie.

Nous examinerons cette question plus en détail dans le chapitre suivant.

Nécessité d'une organisation appropriée - Dépistage

Nous venons de constater l'insuffisance de l'organisation actuelle de la lutte contre la dystocie.

Nous croyons avoir montré l'énorme disproportion entre les efforts déployés par les services de la Santé Publique et les résultats minimes obtenus dans les milieux musulmans au point de vue obstétrical.

Cette situation préoccupe les médecins, spécialistes ou non, qui vivent en contact avec la population musulmane rurale. Tous sont d'accord pour constater l'inefficacité manifeste et décevante de l'Assistance Obstétricale dans les milieux indigènes ; tous proposent des réformes et améliorations à différents échelons. Nous avons reçu un grand nombre de suggestions judicieuses de médecins de colonisation. Nous nous en inspirons pour indiquer certaines améliorations que nous croyons nécessaires et urgentes.

L'Assistance Obstétricale est solidement conçue

mais non encore complètement réalisée. Elle donne les résultats les plus encourageants et sans cesse accrus dans les milieux urbains. Pourquoi ne réussit-elle pas de même dans les campagnes, auprès des populations rurales ?

Quelles sont ses lacunes ? Quelles sont les réformes et améliorations à y apporter ?

C'est ce que nous essaierons d'indiquer ici.

Mais auparavant signalons les obstacles auxquels elle se heurte actuellement.

Difficultés

Elles sont schématiquement de deux ordres :

1°) Psychologiques

2°) Matérielles.

A. — *OBSTACLES PSYCHOLOGIQUES.*

Ces difficultés ont une importance très grande. Le médecin, autant que l'instituteur, a à lutter continuellement contre la routine, l'ignorance et les croyances vulgaires. En aucun pays la tradition n'est plus vivace et immuable qu'en Algérie.

L'évolution de l'Algérie dans tous les domaines est subordonnée à la lutte patiente et active contre ces puissantes forteresses par l'école et l'éducation populaire sous toutes ses formes. Toutes les œuvres, tous les efforts sur le plan social se trouveront fata-

lement contrecarrés par ces facteurs complexes et variés.

Essayons de les analyser :

a) **Indifférence et méfiance de l'Indigène.** — Parfois le médecin français est considéré dans les populations musulmanes avec un certain scepticisme. Il passe alors pour ne pas faire assez cas de la vie humaine et de recourir trop souvent et inutilement aux bistouri et moyens chirurgicaux. Que de fois avons-nous entendu cette réflexion : « Les toubibs français ne savent que couper ». On nous a même cité, pour appuyer cette réflexion des exemples précis : des malades ayant refusé de se laisser amputer d'un membre par le chirurgien et qui ont parfaitement guéri spontanément par la suite ; d'autres à qui le chirurgien a prédit une mort certaine s'ils ne se laissaient pas opérer et qui se portent très bien. Il y a enfin des cas de mortalité chirurgicale ou obstétricale qui impressionnent considérablement l'entourage et que celui-ci ne s'explique jamais et pardonne rarement.

Il y a ensuite la répugnance instinctive du Musulman pour l'hôpital, répugnance encore plus marquée chez la femme, et surtout dans les cas obstétricaux ou gynécologiques. Il arrive cependant que la gestante en difficultés de couches demande le secours du médecin ou de la sage-femme. Mais elle se heurte alors à l'incompréhension du mari qui hésite à subir la honte de la voir accouchée par un homme et surtout dans un hôpital.

En revanche, la parturiente est entourée, chez elle, de prévenances et de soins attentifs. Elle est l'objet de la compassion générale, voir même d'une certaine vénération. Nous avons le souvenir de quelques cas qui remontent à une vingtaine d'années et qui ont fait sur nous une impression très profonde.

En certaines régions, on croit fermement que la femme morte en couches est à l'égal du guerrier saint et qu'elle a sa place acquise au paradis. C'est la suprême consolation de la mourante. C'est aussi un excellent baume pour la douleur de son entourage.

Nous signalons encore une croyance puérile dans certains milieux et qui porte un très grand préjudice à la réputation de l'hôpital. C'est que les malades graves y sont parfois achevés.

b) **La matrone.** — Mais, si l'on évite autant que possible le médecin, aucune parturiente, par contre, ne doit se passer de la matrone. C'est un fait que, dans les campagnes, il n'est pas une gestante adressée au médecin qui ne soit passée, au préalable, entre les mains de la matrone. Celle-ci incarne toute la routine obstétricale cristallisée depuis des siècles en des gestes immuables et presque rituels.

C'est toujours une femme d'un certain âge, le plus souvent veuve, par conséquent dégagée de toutes préoccupations familiales. Elle jouit d'un prestige considérable qu'elle puise autant dans sa lon-

gue pratique que dans sa réputation de sorcière ou de magicienne.

Son rôle dans les accouchements normaux n'est pas toujours nuisible. Il se borne le plus souvent à assister la parturiente, à lui faire dire certaines formules, à recevoir le fœtus, à couper le cordon. Mais où l'action de la « kabla » devient nettement pernicieuse et souvent désastreuse, c'est quand l'accouchement traîne en longueur ou menace quelque peu de tourner à la dystocie.

Ce sont alors des manœuvres intempestives bien connues des médecins et qui ont fait l'objet d'études très détaillées.

Elles découlent d'une conception très particulière de la dystocie chez la kabla. Pour elle, il y a deux causes possibles de la dystocie :

1. défaut de lubrifiant des voies génitales ;
2. insuffisance de la contraction utérine.

Elle remédiera à la première cause par l'introduction dans les voies génitales, d'un corps gras quelconque (huile, beurre, miel ou une autre mixture spécialement préparée).

Elle suppléera à la déficience de la contraction utérine par la compression ou l'expression abdominale au moyen de procédés variables et souvent barbares.

La parturiente est alors soumise à des tortures des plus bizarres. On lui piétine le ventre ; on le lui

comprime à l'aide d'un gros poids (moulin kabyle) ; on la force à courir, à grimper. M. BOURREL cite le cas d'une rupture utérine par compression au moyen d'une planche aux extrémités de laquelle s'étaient balancées deux assistantes pendant de longues heures.

Si la compression ne réussit pas, ce sont alors des manœuvres internes : traction sur le fœtus avec la main, avec un lac ou tout autre instrument. Certaines matrones tentent — et réussissent d'ailleurs quelquefois — des versions. On nous a même cité le cas d'une kabla qui se serait essayée à une véritable embryotomie. Nous n'insisterons pas sur toutes ces pratiques qui sont d'ailleurs longuement décrites dans de nombreux travaux.

Retenons surtout que la matrone, non seulement, s'interpose entre la parturiente et le médecin, mais encore qu'elle intervient directement dans la fréquence de la dystocie par ses manœuvres intempestives.

Les autorités se sont de très bonne heure inquiétées de cette situation. Divers moyens de lutte ont été employés ou préconisés contre les pratiques des matrones. Tous se sont avérés plus ou moins inefficaces.

Le moyen radical serait certainement l'éducation populaire. Mais c'est une œuvre de longue haleine qui ne peut répondre à l'urgence des mesures que réclame la situation.

En attendant, il faut surtout chercher à rendre moins nocives les matrones dans leurs pratiques en les apprivoisant d'abord, en les mettant en confiance. Des infirmières visiteuses sages-femmes en nombre suffisant, dans chaque douar, établiraient ou simuleraient avec elles une sorte de collaboration. Elles les initieraient à certaines règles d'hygiène, les habitueraient petit à petit à faire appel à elles puis au médecin. Elles gagneraient au fur et à mesure la confiance des familles et des matrones qu'elles supplanteraient de plus en plus.

c) **Le marabout.** — Si la matrone représente la routine en matière d'obstétrique, le marabout, lui, incarne le fatalisme et les croyances vulgaires. Son influence est plus étendue que celle de la kabla.

Le terme de « Marabout » vient du mot Ribat, qui signifie forteresse ou couvent. Les institutions maraboutiques, sont apparues en Afrique du Nord, vers le 4^e siècle de l'Egire (11^e siècle de l'ère chrétienne).

A l'origine, le marabout était un personnage religieux qui vivait retranché de la société, en ermite, pour mieux s'adonner à ses exercices mystiques. Il recherchait volontiers la solitude de la forêt ou du désert, et là, se consacrait à ses pratiques religieuses en même temps qu'il enrichissait ses connaissances en sciences coraniques ou philosophiques et formait des adeptes ou disciples. (Beaucoup de marabouts ont laissé des ouvrages encore célèbres aujourd'hui.)

Le mystère de sa vie, ses qualités de bonté, de charité, lui conféraient une grande autorité morale et lui constituaient peu à peu une auréole de Saint.

Des légendes naissent autour de son nom, véritables chansons de gestes, amplifiées et enjolivées par la tradition orale, et glorifiant ses actes d'héroïsme, son dévouement, ses miracles et sa « baraka » ou toute puissance d'origine surnaturelle.

Par la suite, les marabouts ont joué le rôle de missionnaires religieux chargés de propager la doctrine en pays nouvellement conquis (exemple : Kabylie). Ils fondaient des zaouïas, sortes de collèges où ils enseignaient la langue, la religion et les sciences coraniques.

Le collègue vivait sur les biens constitués par des dons ou des legs de personnes qui venaient s'abreuver à la baraka ou bénédiction du marabout. Celui-ci ne prélevait sur ces biens qu'une part suffisante à son entretien personnel.

A sa mort, sa descendance, parfois nombreuse, hérite bien de la baraka, mais pas forcément de ses qualités morales et ascétiques. Aussi va-t-elle commercialiser cette puissance surnaturelle et donnera-t-elle une toute autre destination aux revenus rapidement accrus de la « ouâada ». Des fortunes considérables vont s'accumuler qui seront désormais les biens propres des nouveaux marabouts.

Ainsi vont se constituer d'authentiques dynasties puissantes et nombreuses .

Nous assistons de nos jours à une adaptation progressive et très marquée des marabouts aux conditions nouvelles de l'existence. Mais beaucoup exercent encore une influence malfaisante et rétrograde dans tous les domaines de la vie sociale indigène.

Les marabouts et, plus encore leurs talebs ou élèves, sont les représentants du fatalisme, du conservatisme et des superstitions vulgaires.

A ce titre, ils ont deux ennemis irréductibles : l'instituteur et le médecin.

L'instituteur porte une grave atteinte à leur dogme fataliste en réveillant les consciences et en leur soustrayant des adeptes. Nous constatons actuellement, à cet égard, une lutte d'influence sournoise mais âpre entre l'école française et le marabout.

Mais le médecin reste leur adversaire le plus acharné et le plus direct pour deux raisons :

1°) Parce que le marabout laisse entendre que toute maladie étant une manifestation de la volonté de Dieu, qui a fixé l'arrêt de mort de chaque individu une fois pour toutes, le médecin ne saurait prolonger ni écourter la vie. Ceci est en contradiction formelle, disons-le en passant, avec la doctrine du Prophète qui dit :

« Soignez-vous ô croyants, Dieu n'a créé aucune
« maladie sans en avoir créé le remède » ;

et ailleurs :

« Quiconque se donne pour médecin sans avoir

« donné les preuves de sa compétence, est un infidèle ».

2°) Le marabout a intérêt à s'occuper lui-même du malade et essayer de le guérir au moyen d'amulettes, de prières. Il s'improvisera même à l'occasion médecin, indiquera des recettes et fera le rebouteux.

Nous avons en mémoire le souvenir d'un malade mort d'occlusion intestinale, que le marabout avait dissuadé de se faire traiter par le chirurgien.

Un autre cas plus significatif s'est produit chez un jeune taleb. — Sa femme enceinte, en douleurs depuis trois jours, réclamait l'assistance d'une sage-femme ou d'un médecin. Le mari criant au blasphème, s'y refusa catégoriquement. Après deux autres jours d'atroces souffrances, la malheureuse, épuisée et se sentant en danger, réclama à nouveau l'assistance d'un homme de l'art. — Nouveau refus de l'époux qui répond que mort et vie sont affaire de Dieu. — Au cinquième jour, un parent charitable prend la responsabilité de faire venir la sage-femme. — Celle-ci extrait deux fœtus morts et macérés. — La mère meurt le lendemain des suites d'une rupture utérine.

Les cas de ce genre, méritent d'être rapportés en raison de l'influence exemplaire qu'ils peuvent avoir sur la conscience fruste de milliers d'adeptes. Ils montrent aussi jusqu'à quel point peut aller l'autorité maritale de l'indigène, jusqu'à disposer, inconsciemment, il est vrai, de la vie de la femme.

Cette autorité ne cessera que le jour où la femme indigène aura pleine conscience de sa situation et de ses droits. Nous touchons encore là au problème de l'instruction des filles qui conditionne, selon nous, toute l'évolution sociale et familiale indigène. « L'évolution féminine, écrit Frizon-Roche dans une enquête sur la Kabylie, restera toujours la pierre basale de l'édifice civilisateur que la France est en train de construire ». (Dépêche Algérienne, 14 Juin 1939).

En attendant, il reste à contrôler, à réduire ce pouvoir absolu du mari en l'obligeant, au besoin, à faire examiner sa femme et en appliquant des sanctions en cas de refus.

Quant au maraboutisme, il s'éteindra de lui-même le jour où on se décidera à lui appliquer intégralement et sans réserves, son antidote naturel et infaillible, l'école.

B. — LES DIFFICULTES MATERIELLES.

Parmi les difficultés matérielles qui viennent se conjuguer avec les obstacles psychologiques brièvement analysés ci-dessus, nous en distinguons surtout trois :

a) L'insuffisance des routes et voies de communication,

b) L'insuffisance du personnel,

c) Le dénuement de l'indigène.

a) **Les Communications.** — C'est un fait que les douars et les agglomérations indigènes manquent de routes. Voici ce qu'écrit à ce sujet A. CAMUS dans son « Enquête sur la Kabylie » :

« Tous les centres de Communes sont desservis,
« mais presque tous les douars manquent de rou-
« tes carrossables. Aucun douar de la région de
« Bordj-Ménaïel, sauf celui de l'Oued-Smir, n'a de
« routes. Autour de Tizi-Ouzou, dans un rayon de
« un kilomètre, les villages sont isolés. Aux Oua-
« dhias, un seul village sur neuf, est desservi par la
« route. Dans la commune de Sidi-Aïch, sur 56 vil-
« lages, une dizaine seulement sont desservis. Cette
« proportion est rigoureusement observée dans les
« régions de Maillot, de Mekla et de Dellys. Il existe
« dans la région de Sidi-Aïch, des femmes qui, n'é-
« tant jamais venues à la commune, n'ont jamais
« de leur vie, vu une automobile ». (Alger Républi-
cain 9/6/39).

Dans son enquête sur le même sujet, Frizon-Roche écrit : « Son rôle (de la route) est infiniment
« plus humain. Partout où elle arrive, elle apporte
« le progrès, le bien-être et la civilisation. Jusqu'à
« ce jour, elle a contribué autant que l'instruction,
« à modifier les conditions d'habitat et de vie du
« peuple kabyle. C'est un fait que j'ai pu constater
« malgré la bonne volonté de ses habitants, un vil-
« lage sans routes, restera toujours arriéré.

« Il ne s'agit pas pour moi d'énumérer ici les
« douars ou les villages qui, hélas, n'ont pas encore
« de routes ; il y en a encore de ces villages, mais
« petit à petit, leur nombre diminue. — Ce n'est
« qu'une question de crédits, ce n'est, au fond, pas
« un problème kabyle, c'est un problème français ».
(Dépêche Algérienne 14/6/39).

Il est superflu de souligner ici l'importance des communications pour le médecin et l'infirmière visiteuse.

b) **Insuffisance du personnel.** — Ces difficultés de communications sont singulièrement aggravées par l'étendue quelquefois immense des circonscriptions médicales de colonisation.

La commune d'Aïn-Boucif comporte des douars situés à 150 kilomètres du centre. Plusieurs heures, parfois des journées entières à dos de mulet, sont nécessaires au médecin de colonisation et à l'infirmière-visiteuse pour arriver jusqu'au malade. Inutile de dire ce que deviennent les cas d'urgence dans ces conditions.

Relativement au chiffre de la population, le nombre des médecins de colonisation et de leur personnel adjoint est nettement dérisoire.

L'effectif total des médecins de colonisation est d'une centaine. — Ils sont secondés, pour la plupart, d'une infirmière-visiteuse et d'un adjoint technique indigène.

En Kabylie, où la population est extrêmement dense, on compte en moyenne un médecin pour 60.000 habitants. Voici quelques chiffres édifiants :

Maillot (30.000 habitants) :

- 1 médecin de colonisation,
- 1 infirmière-visiteuse,
- 1 adjoint technique.

Michelet (90.000 habitants) :

- 1 médecin de colonisation,
- 1 infirmière-visiteuse,
- 1 adjoint technique.

Sidi-Aïch (125.000 habitants) :

- 1 médecin de colonisation,
- 1 infirmière-visiteuse,
- 1 adjoint technique.

Rappelons que le rapport admis comme normal entre le chiffre de la population et le nombre des médecins est de 1 pour 2.000.

Dans certains pays scandinaves, le rapport serait de 1 pour 300, le médecin étant, il est vrai, fonctionnarisé.

Ces chiffres indiquent l'insuffisance numérique manifeste du personnel médical dans le bled. Cette

disproportion jointe aux difficultés de communication explique l'impossibilité matérielle pour le médecin et son personnel auxiliaire, de remplir strictement toutes les obligations qui leur sont assignées.

Le Docteur DAVID, membre de la commission d'enquête en Algérie, écrit dans son rapport sur l'assistance indigène :

« Nous pouvons déclarer que le règlement qui
« impose aux médecins de colonisation l'obligation
« de visiter une fois par mois les différentes ré-
« gion de leur circonscription, n'existe que sur
« le papier. »

A côté de cette insuffisance numérique, nous signalons, en passant, deux importantes lacunes dans l'enseignement des infirmières visiteuses :

1°. — Le programme d'études à Parnet, tel qu'il est actuellement conçu, s'il comporte une large part de connaissances en puériculture et en médecine sociale, ne répond cependant pas au rôle très important que doivent jouer ces infirmières au point de vue obstétrical. La question des dystocies est complexe et variée. Elle a des rapports plus ou moins étroits avec toute la pathologie. Le repérage des cas de grossesses qui méritent d'être mises en surveillance, sera donc chose très délicate et devra être confié à un personnel particulièrement averti.

2°. — Nous croyons devoir signaler, en second lieu, chez les infirmières visiteuses, leur connais-

sance incomplète des deux langues indispensables : le Kabyle et l'Arabe.

L'importance de cette lacune a particulièrement retenu l'attention des médecins de colonisation. Nous la retrouvons dans la plupart des suggestions que nous avons reçues.

Il ne faut pas perdre de vue que la langue Arabe ou Kabyle est un instrument indispensable pour l'infirmière visiteuse comme pour le médecin, en raison même de l'importance de l'interrogatoire dans l'identification des affections à observer. Or, la femme indigène, neuf fois sinon dix fois sur dix, ne comprend pas le Français. Alors, se servira-t-on d'un interprète ? Mais en trouvera-t-on un toujours ? Ensuite, le sujet de l'interrogatoire portant sur l'obstétrique et la gynécologie ne souffre la présence d'aucun intermédiaire, serait-ce même le mari de la consultante. On connaît assez la pudeur intransigeante de l'indigène à cet égard.

A un point de vue plus général, l'infirmière visiteuse, plus encore que le médecin, aura à pénétrer dans l'intimité des familles dont elle devra gagner l'estime et la confiance.

Elle se familiarisera avec le milieu. Elle familiarisera, à son tour, les femmes avec les pratiques de plus en plus modernisées de puériculture et d'obstétrique. En un mot, elle devra, pour supplanter la matrone, rivaliser avec elle, de zèle, d'empressement et de gentillesse. C'est là le rôle psycholo-

gique très délicat mais primordial, que l'infirmière visiteuse ne pourra remplir correctement que grâce à la connaissance, aussi complète que possible, des deux langues du pays.

c) **Les moyens pécuniaires très modestes de l'indigène.** — Il reste un dernier facteur, que nous tenons à signaler. C'est l'impossibilité, trop souvent, pour l'indigène, d'utiliser le secours du médecin, à cause de son dénuement. Il est certain qu'on a beau nommer des médecins de colonisation en aussi grand nombre qu'on voudra, si on ne donne pas aux indigènes la possibilité de faire appel à eux, le but ne sera jamais atteint.

Il y a bien des consultations gratuites, mais elles sont trop encombrées et ne répondent pas aux cas d'urgence. Nous en avons vu quelques-unes qui amènent deux ou trois fois par semaine de 100 à 150 consultants venus de 30 à 40 kilomètres à la ronde. C'est à un seul médecin et à un seul auxiliaire médical qu'incombe la tâche de voir tous ces malades, de prendre une décision et de fixer un traitement pour chacun. On conçoit toute la difficulté, sinon l'impossibilité, pour le médecin et ses auxiliaires, de faire correctement le travail.

D'autre part, ces consultations ne s'adressent qu'aux malades peu graves, transportables et ceux qui peuvent attendre sans péril le jour de la consultation. Mais les malades urgents ? Et les non transportables comme dans les cas de grandes dys-tocies, par exemple ?

Malgré leur modicité, les tarifs fixés par beaucoup de médecins charitables, restent inabordables pour une grande proportion de la population des douars. Quand certains médecins consentent des tarifs de 150 francs pour un accouchement normal et 250 francs pour les cas anormaux nécessitant même une intervention (embryotomie, basiotripsie) à deux ou trois heures de mulet du centre, on avouera qu'ils ont fait de grands sacrifices. Mais ces sommes restent trop souvent au-dessus des moyens modestes de l'indigène des douars.

Alors, obligera-t-on le médecin à pratiquer gratuitement ? Mais son traitement actuel le lui permet-il ?

Il semble qu'on doive d'une part, relever son traitement, d'autre part, pour différentes raisons, lui accorder une indemnité pour chaque cas d'urgence traité chez l'indigent. Cette indemnité serait prélevée sur les fonds autonomes du douar.

Suggestions

Cette enquête nous a montré quelques importantes lacunes dans l'organisation de l'assistance obstétricale. Nous avons noté, au passage, quelques idées sur les réformes susceptibles d'y être apportées.

Essayons de tracer ici les grandes lignes de ces améliorations en nous inspirant de la vie des spécialistes les plus qualifiés et des suggestions de médecins de colonisation.

I. — Mesures de prophylaxie générale et d'hygiène.

C'est un fait que la fréquence de la dystocie est en rapport étroit avec l'extension en milieu indigène des principales affections générales signalées au cours de cette enquête (syphilis, tuberculose, paludisme, rachitisme, etc.). La prophylaxie de la dystocie bénéficiera donc directement de la lutte menée activement contre ces fléaux.

Des dispensaires antisypilitiques, antivénériens, antituberculeux, sont créés de plus en plus nombreux dans les centres urbains. Il faut, en étendre les bienfaits aux régions les plus reculées du bled. Il faut y attirer le maximum possible de consul-

tants, au moyen de propagande écrite ou filmée, de conférences en langue kabyle ou arabe.

D'autre part, la morbidité en général et la morbidité obstétricale sont en raison directe des conditions ou du standard de vie de l'indigène. Il faudrait donc s'attacher en premier lieu à combattre la misère, l'hypoalimentation, les taudis, l'insalubrité des agglomérations indigènes. Il faudrait répandre l'hygiène.

Mais tout ceci, suppose avant tout, l'éducation populaire. L'instruction de la femme reste primordiale et conditionne, à notre avis, toute l'évolution sociale de la population musulmane.

2° Le dépistage de la dystocie. — Création d'un corps d'infirmières visiteuses - sages-femmes.

On ne peut lutter efficacement contre la dystocie que par une surveillance obstétricale vigilante et minutieuse.

Voici comment serait organisée cette surveillance, selon notre Maître, le Professeur LAFFONT:

« Pour réaliser méthodiquement cette organisation, il faudrait :

« 1°. — Diviser l'Algérie en secteurs obstétricaux;

« 2°. — Centraliser des fiches de maternité.

« La création de secteurs ou centres obstétricaux pourrait être réalisée aisément. L'Algérie comprendrait autant de secteurs que de départe-

« ments : Alger, Constantine, Oran. Les médecins
« chefs de maternités deviendraient les chefs des
« centres obstétricaux, avec l'assistance de leurs
« adjoints.

« Chaque chef de centre aurait à réunir les sta-
« tistiques des accouchements survenus dans les hô-
« pitaux d'arrondissements, les hôpitaux auxiliaires
« ou effectués par les infirmières sages-femmes
« chargées de l'assistance des femmes en couches
« à domicile. Les chefs de centres assureraient la
« surveillance générale de leur département et éta-
« bliraient un rapport trimestriel sur le fonctionne-
« ment de leur secteur obstétrical (consultations
« prénatales, accouchements normaux, dépistage et
« recherche des causes de la dystocie, causes de la
« mortalité des femmes en couche, mortinatalité,
« etc...) Ils signaleraient les régions mal surveil-
« lées ou insuffisamment pourvues et proposeraient
« les remèdes à y apporter (propagande, instrumen-
« tation à compléter, organisation à perfectionner,
« infirmières sages-femmes à surveiller, à déplacer,
« le personnel à augmenter, encouragements et
« développement d'œuvres privées). Ils recherche-
« raient les responsabilités dans les cas d'infections
« puerpérales ; ils s'efforceraient de les éviter dans
« la mesure du possible par les conseils nécessaires.
« Une surveillance constante et une sollicitude in-
« cessante auprès de toutes les femmes susceptibles
« d'accoucher, doivent permettre d'espérer un
« abaissement rapide du nombre des accidents obs-
« tétricaux si fréquents et si graves dans ce pays,

« ainsi que celui des infanticides, des abandons,
« des morts-nés, des débiles et des prématurés.

« Dans la campagne, dans les hôpitaux auxili-
« aires et dans les hôpitaux d'arrondissements, les
« infirmières visiteuses, sages-femmes de colonisa-
« tion établiraient, en accord avec les médecins res-
« ponsables, des fiches et des statistiques qui per-
« mettraient de contrôler les progrès de la lutte en-
« treprise contre la dystocie et la mortinatalité. Ces
« fiches, d'un type standard, devraient être en-
« voyées périodiquement aux hôpitaux centraux
« d'Alger, de Constantine et d'Oran. Les chefs de
« service de ces trois centres établiraient alors leurs
« chiffres et leurs rapports départementaux qui de-
« vraient être réunis trimestriellement en un rap-
« port d'ensemble. Ce rapport d'ensemble serait en-
« fin soumis par les soins du chef de la Maternité
« d'Alger à la Direction de la Santé Publique, avec
« toutes propositions utiles.

« Ainsi cette nouvelle organisation de lutte con-
« tre la dystocie et la mortinatalité existerait au
« même titre que les différents centres de lutte
« contre la syphilis, le paludisme, le trachôme, la
« tuberculose, le cancer, etc... et dépendrait, à ce
« titre, directement de la direction de la Santé Pu-
« blique. »

Cette citation donne une idée claire de ce que
pourrait être la surveillance obstétricale. — Mais
cette surveillance ne pourrait s'exercer que par l'in-
termédiaire d'infirmières-visiteuses pourvues du di-

plôme de sage-femme, et connaissant la langue arabe ou kabyle aussi parfaitement que possible.

Les infirmières visiteuses seraient les antennes de l'organisation chargée du dépistage de tous les cas menacés de danger. Pour répondre à ce but, il faudrait :

1°. — Qu'elles soient en nombre suffisant. Actuellement, il y en a une soixantaine pour toute l'Algérie. Des communes de 60 à 80.000 habitants n'en ont qu'une seule. — C'est nettement dérisoire. — Toutes se dépensent énormément et mènent une existence des plus pénibles en parcourant les douars sans jamais arriver à remplir strictement leur rôle. La plupart sont astreintes au célibat, beaucoup quittent leur carrière dès leur mariage. Donc multiplier le nombre des infirmières visiteuses, réduire leur rayon d'action et s'appliquer à stabiliser leur vie.

Une bonne formule serait de nommer une infirmière visiteuse pour chaque douar auprès d'un poste de secours.

2°. — Que les infirmières visiteuses, indépendamment du diplôme délivré par l'Ecole de Parnet, soient pourvues du diplôme de sage-femme.

3°. — Qu'elles soient bien reçues dans les milieux indigènes. La concurrence acharnée qu'elles sont appelées à soutenir contre les matrones nécessite une connaissance approfondie de la langue, des mœurs et des usages et de la psychologie de la femme musulmane. La dignité de leur vie ne sera pas

le moindre des facteurs par lequel elles s'imposeraient aux populations musulmanes.

L'idéal serait certainement de choisir les infirmières visiteuses parmi les jeunes filles indigènes, mais plusieurs essais entrepris dans ce sens, n'ont pas abouti.

On a d'abord tenté l'éducation de matrones elles-mêmes qu'on attirait au moyen de primes. L'expérience a montré qu'elles ne voulaient, à aucun prix, abandonner leurs anciens usages.

En 1923, une commission nommée par le Gouverneur Général Steeg, décide la création d'un cours pour sages-femmes indigènes à la Maternité de Mustapha. Les études devaient porter sur 2 ans. — Les élèves étaient logées dans un internat et étaient encouragées par des bourses pour leurs frais d'entretien et de voyages. — Mais au moment du recrutement des élèves, malgré une propagande active dans les milieux indigènes, il ne s'en présenta que deux. Le projet dut être abandonné.

C'est après ces diverses tentatives que le Gouverneur Général Violette créa le corps des infirmières visiteuses.

Toutefois, on ne doit pas renoncer à attirer le plus possible de jeunes filles indigènes dans la carrière.

En attendant, les infirmières visiteuses auront à user de beaucoup de diplomatie pour gagner la sym-

pathie des femmes indigènes et avoir le maximum de consultantes. — Un moyen particulièrement efficace paraît être la création de consultations de stérilité dans les douars.

L'exemple de la Maternité d'Alger est des plus encourageants à cet égard. De 1926, date de la création de la consultation de stérilité, à 1934, le nombre des femmes indigènes admises à la Maternité est passé de 116 à 458.

3°. Augmentation du nombre de médecins de colonisation.

Le nombre total des médecins de colonisation pour toute l'Algérie, est actuellement d'une centaine. — Certains ont des circonscriptions de 80 à 100.000 habitants dans des régions encore impraticables.

La nécessité de diviser les circonscriptions médicales actuelles et de nommer de nouveaux médecins, est évidente. — Etant donné les difficultés budgétaires du moment, on pourrait, tout au moins, penser à augmenter le nombre des adjoints techniques.

4° Création de nouveaux établissements hospitaliers et Maternités.

Mais pour que les réformes concernant le personnel soient efficaces, il faut qu'elles soient accompagnées, parallèlement, de la création de nouveaux

locaux et de l'amélioration de ceux déjà existants. De plus, les établissements devraient être pourvus d'un matériel approprié et suffisant.

a) Il serait utile, en premier lieu, de créer des postes de secours et de consultations dans chaque douar à égale distance des agglomérations environnantes.

b) Dans les centres communaux, les hôpitaux auxiliaires ne sont pas suffisants en nombre, ni équipés pour les accouchements. Il importe d'en édifier de nouveaux avec toute l'instrumentation nécessaire et d'aménager ceux qui existent actuellement.

c) Quant aux hôpitaux secondaires, ils devraient, semble-t-il, être tous pourvus de petites maternités, où seraient reçus et traités les cas de dystocies jugés graves par les médecins de colonisation ou les infirmières visiteuses de l'arrondissement.

Conclusions

1°. — Toutes les enquêtes faites à ce jour montrent que les accidents obstétricaux sont relativement plus fréquents en milieu indigène qu'en milieu européen. — Car les affections responsables de la dystocie, sont très répandues en milieu musulman.

2°. — Malgré leur importance numérique, il résulte de notre enquête, que les dystocies ne sont connues et traitées par les médecins que dans la proportion infime de 5,5 %.

D'une manière générale, l'assistance obstétricale actuelle, ne paraît pas avoir obtenu auprès de la population indigène, tout le succès escompté. Alors que 10 % des européennes accouchent à l'hôpital, il y a 0,3 % seulement d'indigènes qui font surveiller leurs accouchements dans les centres hospitaliers.

3°. — Cela tient à la fois à des lacunes dans l'organisation de l'assistance obstétricale et à des facteurs psychologiques et matériels très importants.

4°. — En présence de cette situation alarmante, il paraît urgent d'organiser une surveillance obs-

tétricale avec dépistage de la dystocie, dans les douars, par un corps d'infirmières visiteuses sages-femmes. Ces cas seraient traités sur place ou dirigés, en temps opportun, sur les centres spécialement équipés.

5°. — Le dépistage de la dystocie implique les mesures suivantes :

a) Création d'un corps d'infirmières visiteuses sages-femmes connaissant la langue kabyle ou arabe.

b) Augmentation du nombre de médecins de colonisation et des adjoints techniques indigènes.

c) Aménagement ou construction d'établissements hospitaliers et de postes de secours spécialisés.

Bibliographie

ABADIE-FEYGUINE. — L'assistance médicale aux femmes indigènes. (*Thèse*, Montpellier, 1905).

M. BOURREL. — L'assistance obstétricale en Algérie. (*Thèse*, Alger, 1937.)

A. CAMUS. — Enquête sur la Kabylie (*Alger-Républicain*, juin 1939).

J. CARDE. — Instruction gubernatoriale du 18-1-1934.

CHOUSSAT. — La lutte antisypilitique à la Maternité d'Alger. (*Thèse*, Alger, 1934).

DAVID. — Rapport sur l'assistance publique en Algérie. Commission d'enquête sur l'Algérie.

DEPORT. — L'Algérie du Centenaire. (*Librairie du Recueil Sirey*, Paris, 1929).

DEYME. — La protection maternelle et infantile aux colonies françaises. (*Thèse*, Alger, 1935.)

FARID-OUJDI. — La civilisation et l'Islam.

FOURNIER. — L'hygiène rurale chez les Indigènes algériens. (*Thèse*, Alger, 1935.)

FRIZON-ROCHE. — Enquête sur la Kabylie. (*Dépêche Algérienne*, juin 1939.)

GAUDEFROY-DEMONBYNES. — Les institutions musulmanes. (*Flammarion*, Paris, 1920.)

E. GAUTIER. — Les siècles obscurs du Maghreb. (*Payot*, Paris, 1931.)

GILLOT et LAFFONT. — La commission consultative de la protection maternelle et infantile en Algérie. (*Congrès international de la protection de l'Enfance*, Paris, 1933.)

LAFFONT. — Le Développement de la Maternité d'Alger et le problème de l'assistance aux femmes en couche en Algérie. (*Rev. française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1930.)

— La mortinatalité et la Mortalité infantile à Alger. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1912.)

— La mortinatalité et la mortalité infantile au point de vue pathologique. (*Confér. internationale pour l'enfance africaine*, Genève, juin 1931.)

— L'assistance aux femmes en couches en Algérie. (*Congrès d'Alger*, avril 1930, de l'Association française pour l'avancement des Sciences.)

LAFFONT et JAHIER. — Le paludisme au cours de la puerpéralité à la Maternité d'Alger. (*II^e Congrès du Paludisme*, Alger, mai 1930.)

LAFFONT et FULCONIS. — Le paludisme congénital à la Maternité d'Alger. (*II^e Congrès du Paludisme*, Alger, mai 1930.)

— La protection obstétricale en Afrique française. (*Gynécologie et Obstétrique*, Masson, Paris, 1936.)

LAFFONT. — Ostéomalacie en Algérie. (*Académie de Médecine*, 1932.)

— Rapport de Mission dans les Territoires du Sud. (*Gouvernement Général de l'Algérie*, novembre 1933.)

— La surveillance et l'instruction des matrones en Algérie. (*Congrès international de la protection de l'enfance*, Paris, 1933.)

LAFFONT et SESINI. — L'ostéomalacie puerpérale en Algérie. (*Congrès de l'Association franç. pour l'avancement des Sciences*, Alger, 1930.)

LAFFONT. — La syphilis à la Maternité d'Alger. (*Congrès de Médecine*, Tunis, mars 1934.)

— La prophylaxie antisypilitique dans les oasis sahariennes. (*Congrès de Médecine*, Tunis, mars 1934.)

— Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord. (*Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, Vigot, Paris, 1937.)

LAFFONT et SCHEBAT. — Ostéomalacie. 10 nouvelles observations. (*Soc. Obst. et Gyn. Alger*, octobre 1938.)

LAFFONT et BUROU. — Ostéomalacie à la Maternité d'Alger. (*Monde et Médecine*, mai 1939.)

LAFFONT et SCHEBAT. — Iconographie de l'ostéomalacie.

LLOUQUET. — L'assistance obstétricale en Algérie. (*Thèse* Alger, 1936).

LATAILLADE. — Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord. (*Thèse*, Alger, 1936.)

LASNET. — *Rapport* présenté à la Conférence impériale, Paris, 1934.

LEMAIRE. — Compte-rendu des travaux du Bureau municipal d'Hygiène d'Alger, de 1926 à 1932.

MAGNOL. — L'ostéomalacie puerpérale en Algérie. (*Thèse*, Alger, 1936.)

MASSEBŒUF. — La vie génitale de la femme dans l'Orient méditerranéen antique. (*Thèse*, Alger, 1935.)

MONTALDO. — Mortalité infantile en Algérie. Polymortalité et hérédo-syphilis chez l'enfant indigène algérien. (*Thèse*, Alger, 1933.)

PANCRAZZI. — L'assistance obstétricale dans la région de Bône. (*Thèse*, Alger, 1937.)

REYNAUD, SOULIE et PICARD. — Hygiène et pathologie nord-africaine. Assistance médicale. (*Collection du Centenaire de l'Algérie*, t. I et II.)

ROUVIER et LAFFONT. — Les mauresques à la Maternité d'Alger. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1912.)

SESINI. — Grandes dystocies à la Maternité d'Alger, de 1900 à 1926. (*Thèse*, Alger, 1928.)

VU:

Le Président de Thèse,

LAFFONT.

Pour le Doyen, et par ordre:

L'Assesseur,

COSTANTINI.

Vu et permis d'imprimer

Alger, le 3 Juillet 1939

Le Recteur,

P. MARTINO.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
AVANT-PROPOS	19
LA DYSTOCIE.	
— Définition	23
— Classification	25
— Ses rapports avec certaines affections générales répandues en Algérie	28
— Paludisme	29
— Tuberculose	30
— Syphilis	34
— Ostéomalacie	36
— Rachitisme	39
ETUDE STATISTIQUE DE LA DYSTOCIE.....	43
1°) Importance numérique de la dystocie en milieu indigène	44
2°) Taux comparés des dystocies traitées et des dys- tocies non traitées	48
3°) Insuffisance de l'organisation actuelle.....	55
NÉCESSITÉ D'UNE ORGANISATION APPROPRIÉE. — DÉPIS- TAGE	63
1°) Difficultés	64
A) <i>Psychologiques</i>	64
— indifférence et méfiance de l'indigène..	65
— La matrone.....	66
— Le marabout	69
B) <i>Matérielles</i>	73
— Communications	74
— Insuffisance du personnel	75
— Dénouement de l'indigène.....	79
2°) Suggestions	81
1) Mesures de prophylaxie générale	81
2) Création d'un corps d'infirmières visiteuses sages-femmes	82
3) Augmentation du nombre des médecins de colonisation	87
4) Création et aménagements d'établissements hospitaliers	87
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91
